患者知情同意书

为了记录患者同意在Wiley出版物中发布与患者或其亲属有关的信息。

患者姓名： ____

出版物/产品的名称： ____

主要作者/编辑： ____

主要作者/编辑的地址： ____

____

我，[..患者 / 父母 / 监护人 / 亲属的姓名***]（“授权人”），同意在John Wiley & Sons公司或其附属公司（“Wiley”）出版的上述出版物中使用与[..姓名和关系***]有关的临床信息/视频/摄影资料，并且此授权扩展至Wiley及其授权商在全世界范围内的所有媒体中以全部语言使用上述信息。

***在患者已死亡或无法表示同意的情况下，近亲也可以授权同意。如果患者小于16岁，应由父母或监护人授权同意。

我了解：

信息/视频/图片资料仅用于面向医务人员的教育性出版物

(1) 我的姓名将不会公布，除了授权同意的可识别资料以外（例如视频/摄影资料），Wiley将会竭力确保无法从临床信息中识别出我。但是，我也了解有极低的可能性可以从临床信息中识别出我。

(2) 如果是以开放获取方式发表的出版物或产品，我了解这些出版物或产品可以在全世界范围内自由获取。

本协议受下列法律的约束，并根据这些法律进行解释：1) 英格兰和威尔士的法律，如果授权人位于美国以外，或者2) 纽约州的法律，如果授权人位于美国。关于执行本协议或由本协议引起或与本协议有关的任何法律诉讼，各方应不可撤销地向下列法院提交非排他性司法管辖权：1) 英格兰和威尔士的法院, 如果授权人位于美国以外，或者2) 纽约州的法院，如果授权人位于美国。

*****患者/父母/监护人/近亲签名...**

*****如果是父母/监护人/近亲，请说明与患者的关系...**

[地址] ____

____

____

[日期]____

获取此份知情同意书的医务人员签名（若适用）

……………………………………………………………………………………………

[地址] ____

____

____

[日期]____

主要作者注意：主要作者应保存原始签署的知情同意书。

医务人员注意：除了知情同意书，请确保获得与使用临床信息有关的其它必需授权，包括使用病历信息所需的授权。